



Número: **0810143-31.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **10/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

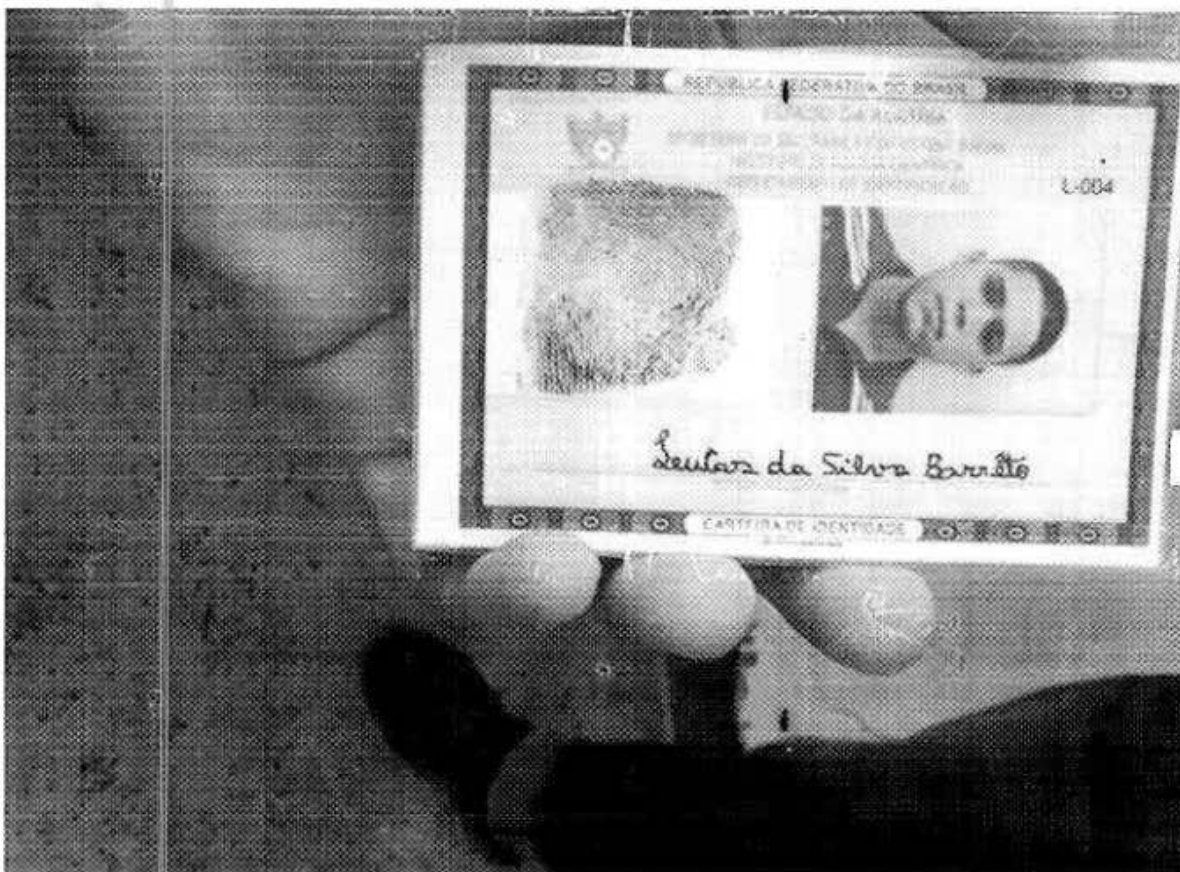
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS DA SILVA BARRETO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39476 406	15/02/2021 12:08	2785137_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 43009 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinilar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou, nasciturus (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem em condições desta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª - Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª - Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200259702**

Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS DA SILVA BARRETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Maria de Lourdes Leite, 91 - Dos Ipês - João Pessoa - PB - CEP 58028-857

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3574694**

Data e local do acidente: [**18/04/2020**]

Rua Joaquim Pires Ferreira, Bairro dos Estados, João Pessoa - PB

Data e local do exame: [**14/09/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta os ossos da perna direita.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, extensa cicatriz cirúrgica na região distal da perna e tornozelo direito, edema residual no tornozelo direito, rigidez articular com perda de 75% da flexão plantar e dorsal, deficit de força motora do tornozelo direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico de emergência com colocação de fixador externo que posteriormente foi convertida para síntese interna com placas e parafusos.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta claudicação da marcha, edema residual no tornozelo direito, rigidez articular e deficit de força motora do referido tornozelo.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

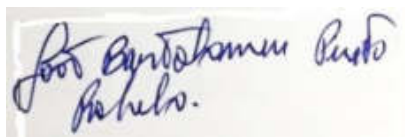
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200259702 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DA SILVA BARRETO **Data do acidente:** 18/04/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta os ossos da perna direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, extensa cicatriz cirúrgica na região distal da perna e tornozelo direito, edema residual no tornozelo direito, rigidez articular com perda de 75% da flexão plantar e dorsal, déficit de força motora do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico de emergência com colocação de fixador externo que posteriormente foi convertida para síntese interna com placas e parafusos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/09/2020

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo D devido ao edema e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 303.372.844-03 João Carlos da Silva Barreto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Carlos da Silva Barreto 6 - CPF: 303.372.844-03
7 - Profissão: Precepo 8 - Endereço: R- Exato Assis Brasil 9 - Número: 333 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-100
15 - E-mail: (83) 98663-4900 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 43009 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer renúncia ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

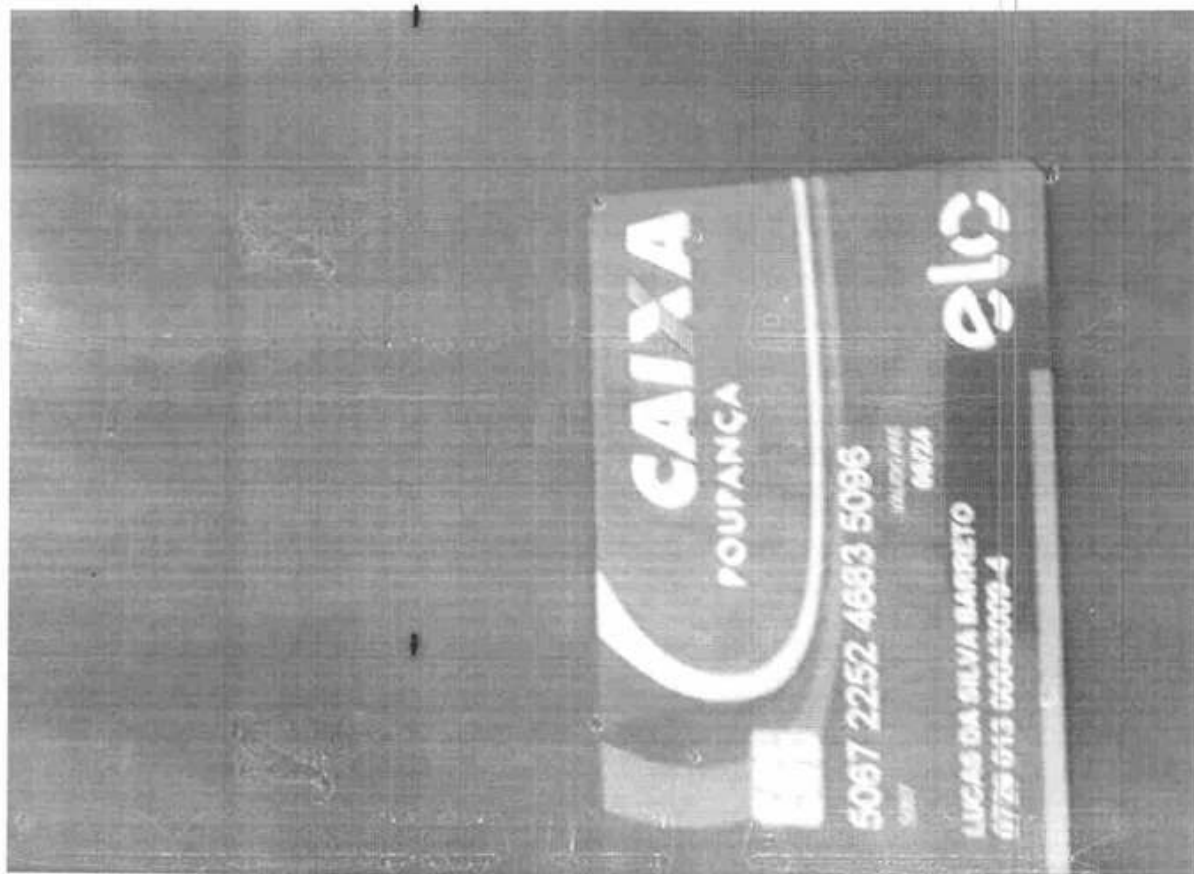
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.574.694 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO 30/10/2018

NOTA: LUCAS DA SILVA BARRETO

RELACIONO FRANCISCO CRISPIM BARRETO
MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA BARRETO

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 19/10/1992

DOC. ORDEM

CERT. NASC. Nº 3974 - LVA-4 - FLS. 343 - CARTÓRIO 6º JOÃO PESSOA-PB

CPF 101.372.844-03

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:08:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512082291800000037622583

Número do documento: 21021512082291800000037622583



PROCURAÇÃO

Outorgante: Lucas da Silva Barreto brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão engenheiro, residente e domiciliado à Rua Alameda de São João, nº 95, D. bairro Alpes, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 58000-000, portador(a) do RG nº 3.374.694 SSP/ PB e CPF nº 201.372.842-03

Outorgado: Alexandre César Duarte brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal 3, Comb. Marechal, nº 151, bairro Mamãe e Bebê, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 58055-384, portador(a) do RG nº 26.277.18 SSP/ PB e CPF nº 046.503.454-14

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Lucas da Silva Barreto ocorrido em 28/04/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza im validadez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

João Pessoa, 03 de Julho de 2020.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Lucas da Silva Barreto
Outorgante
CPF nº 201.372.842-03

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

2º OFÍCIO DE NOTAS
Reconhecimento de Firma 2020-021

Reconhecido por autenticidade a firma de:
LUCAS DA SILVA BARRETO
Dou fe, em testemunho da verdade: João Pessoa - PB, 03/07/2020 11:50:23
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AK000013-SQ79
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjbz.jus.br>

SERGIO RICARDO M MENDONÇA - ESCRIVÃO AUTORIZADO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0204232/20

Número do Sinistro: 3200259702

Vítima: LUCAS DA SILVA BARRETO

CPF: 101.372.844-03

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 18/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DA SILVA
BARRETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LUCAS DA SILVA BARRETO : 101.372.844-03

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/09/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS DA SILVA BARRETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000043009-4

Nr. da Autenticação 125CE7CCBD7543A1





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200259702

Vítima: LUCAS DA SILVA BARRETO

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS DA SILVA BARRETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15968671

Pag. 01603/01604 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200259702

Vítima: LUCAS DA SILVA BARRETO

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA BARRETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00897/00898 - carta_03 - INVALIDEZ

00050449



Carta nº 16024918





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200259702 Vítima: LUCAS DA SILVA BARRETO

Data do Acidente: 18/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCAS DA SILVA BARRETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01073/01074 - carta_02 - INVALIDEZ

00050537



Carta nº 16096975





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200259702

Vítima: LUCAS DA SILVA BARRETO

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS DA SILVA BARRETO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: $18,75\% \times 13.500,00 =$ R\$ 2.531,25

Recebedor: **LUCAS DA SILVA BARRETO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000729**

Conta: **0000043009-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 401.372.844-03 4 - Nome completo da vítima: Suelio da Silva Barreto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Suelio da Silva Barreto 6 - CPF: 401.372.844-03
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Exato Assis Brasil 9 - Número: 333 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-100
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 43009 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou, nasciturus (viver ou não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem em condições desta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

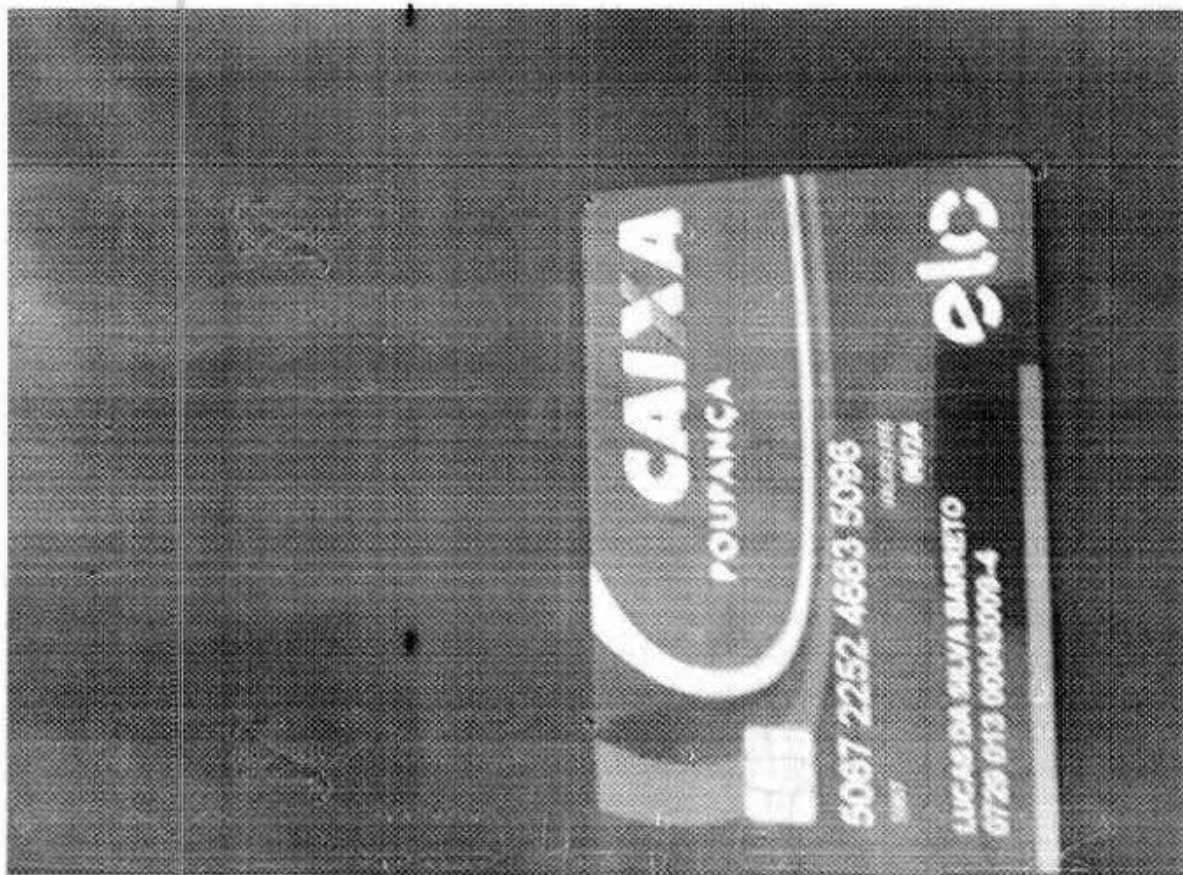
40 - Local e Data: João Pessoa - PB 21/07/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Suelio da Silva Barreto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 043661.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 043661.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 11:06 min do dia 08/07/2020, na Delegacia Online, **LUCAS DA SILVA BARRETO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUTÔNOMO, natural de João Pessoa, nascido(a) em 19/10/1992, idade 27, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA BARRETO e FRANCISCO CRISPIM BARRETO, CPF 101.372.844-03, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ex-Combatente Assis Luís, nº 133, bairro João Paulo II, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58076100, telefone(s) 839, registrou o seguinte:


Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 18/04/2020 01:10h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA JOAQUIM PIRES FERREIRA, BAIRRO DOS ESTADOS, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

DECLARA que vinha de bicicleta quando foi tentar atravessar a rua, foi atropelado por uma moto não identificada que fugiu do local. Os populares tentaram chamar o SAMU, mas devido a demora, acabou sendo socorrido por terceiros para o Complexo Hospitalar de Mangabeira.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


LUCAS DA SILVA BARRETO

9270542C5C9CBD5E7D73B23072023A6C

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 43009 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

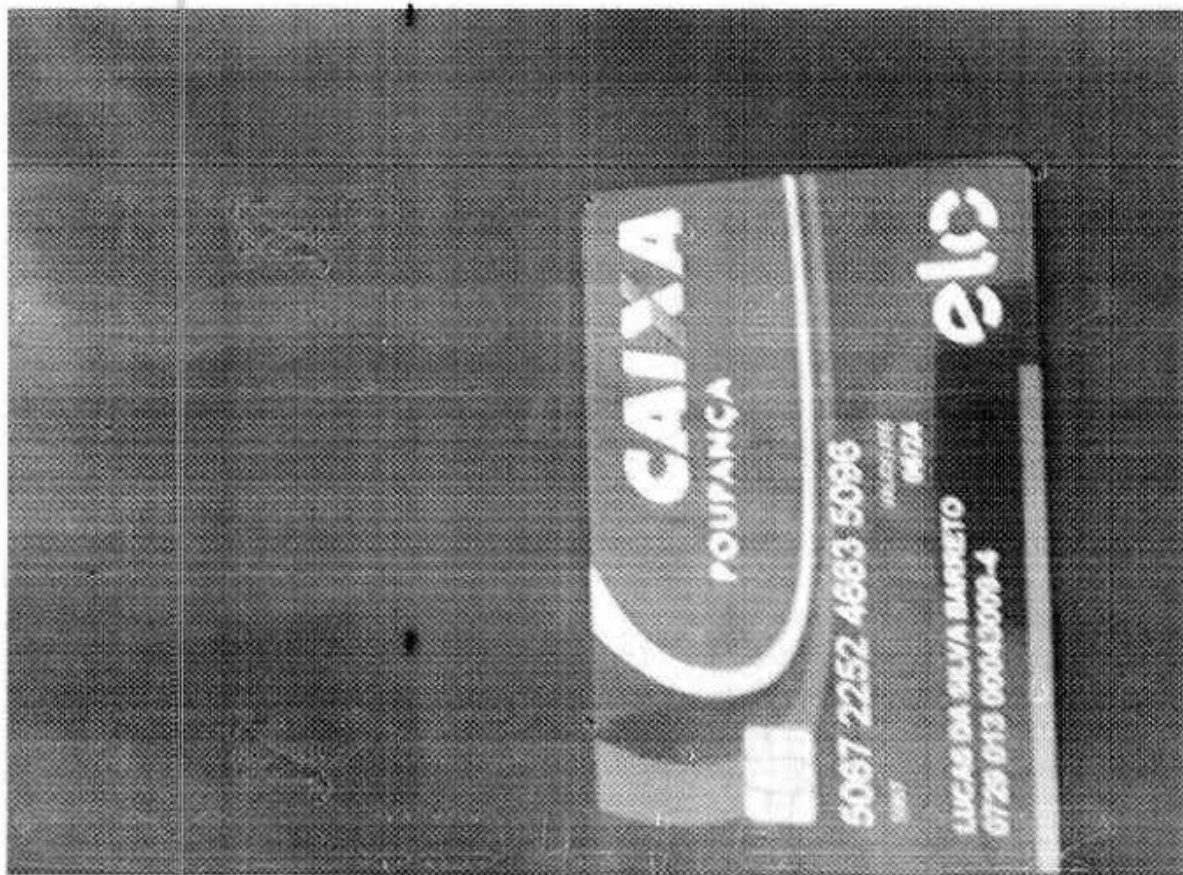
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou, nasciturus (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem em primeira condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª - Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª - Nome: CPF: Assinatura da testemunha

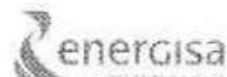
40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAGEPA
 ANEXO 1 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 2 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 3 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 4 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 5 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 6 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 7 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 8 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 9 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 10 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 11 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 12 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 13 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 14 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 15 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 16 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 17 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 18 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 19 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 20 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 21 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 22 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 23 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 24 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 25 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 26 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 27 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 28 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 29 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 30 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 31 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 32 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 33 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 34 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 35 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 36 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 37 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 38 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 39 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 40 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 41 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 42 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 43 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 44 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 45 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 46 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 47 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 48 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 49 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 50 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 51 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 52 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 53 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 54 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 55 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 56 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 57 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 58 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 59 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 60 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 61 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 62 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 63 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 64 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 65 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 66 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 67 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 68 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 69 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 70 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 71 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 72 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 73 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 74 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 75 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 76 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 77 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 78 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 79 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 80 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 81 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 82 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 83 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 84 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 85 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 86 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 87 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 88 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 89 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 90 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 91 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 92 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 93 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 94 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 95 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 96 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 97 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 98 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 99 - FOLHA DE PREÇOS
 ANEXO 100 - FOLHA DE PREÇOS

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Data Emissão: 15/02/2021 - 15:08:23

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA, RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58071-680

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.190.983 / 0001-40 Ins. Est. 15.815.921-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

JUN/2020

APRESENTAÇÃO

18/06/2020

CONSUMO

162

VENCIMENTO

26/06/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 134,03

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 10129.254172 9 82980000013403				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.234-45				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010129254	001698281202006	26/06/2020	R\$ 134,03	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



SUA FATURA

MARIA DAS GRACAS DA SILVA BARRETO
RUA MARIA DE LOURDES LEITE, 91 - B D O S I P E S
JOAO PESSOA / PB CEP 58028857 (AG 1)

CPF/CNPJ/RANI 008 293 964 31

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 2-1-54-1000

Nº Medidor: 00008096239



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO

VALOR DA FATURA
R\$ 100,40





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA Lei Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Besan Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Lucas da Silva Boneto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.372.844 / 03

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade

da vítima Lucas da Silva Boneto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.372.844 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal Pr. 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB

Alexandrina Besan Duarte
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V301/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:08:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512082291800000037622583>

Número do documento: 21021512082291800000037622583

Num. 39476406 - Pág. 25



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Imor da Silva Barreto</u>		PRONTUÁRIO Nº	
DIAGNÓSTICO	SEXO	CLÍNICA	INT
DATA DE ACESSO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS SINAIS			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
TERAPIA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O.		COLETA DE MATERIAL	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO			
CONDIÇÃO DE ALTA			
RESUMO CLÍNICO			
HISTÓRIA DE DOENÇA			
DIETA:		ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
REPOUSO:			
CIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:			
MEDICAÇÕES PARA CASA:			
RETORNO			
DATA		ASS. MÉDICO / CRM	

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: ALEXANDRA CESAR DUARTE

PROTEÇÃO - ORIENTADOR DE: 2627738 629 00

CIV: 045.502.794-74 DATA NASCIMENTO: 21/08/1982

PROTEÇÃO: ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE

PROTEÇÃO: 01881245640 DATA: 16/01/2019 DATA: 29/04/2001

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 894056231

COPIA

Alexandra Cesar Duarte

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 17/01/2014

Rodolfo Carneiro Lima 66508356744 70027919595

894056231



PROCURAÇÃO

Outorgante: Lucas da Silva Barreto brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão engenheiro, residente e domiciliado à Rua Alameda de São João, nº 195, D. bairro Alpes, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 58000-000, portador(a) do RG nº 3.374.694 SSP/ PB e CPF nº 201.372.842-03

Outorgado: Alexandre César Duarte brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal 3, Comb. Marechal 151, bairro Mamãe e Bebê, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 58055-384, portador(a) do RG nº 26.277.18 SSP/ PB e CPF nº 046.503.454-14

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Lucas da Silva Barreto ocorrido em 28/04/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza im validadez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

João Pessoa, 03 de Julho de 2020.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Lucas da Silva Barreto
Outorgante
CPF nº 201.372.842-03

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

2º OFÍCIO DE NOTAS
Reconhecimento de firma 2020-021

Reconhecido por autenticidade a firma de:
LUCAS DA SILVA BARRETO
Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 03/07/2020, 11:00h
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AK000013-SQ79
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjbz.jus.br>

SERGIO RICARDO M MENDONÇA - ESCRIVENTE AUTORIZADO

